Lane Medical Library

Aus der Frauen-Klinik der Universität Heidelberg
(Direktoriat: Prof. Dr. Eymer)

Bedeutung der Lues als Komplikation gynäkologischer Operationen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität

zu Heidelberg

vorgelegt von

Franz Grieger
aus Falkenberg (Mark)

1934
Buchdruckerei August Lippl, Heidelberg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan: Referent:
Prof. Dr. C. Schneider Privatdozent Dr. H. O. Kleine

Wenig geklärt ist die Bedeutung der Lues für den postoperativen Verlauf gynäkologischer Erkrankungen. Besondere Beachtung verdienen hier die luischen Gefäßschädigungen, die klinisch unerkannt uns vor unerwartete Situationen stellen. Philipp und Richter haben vor kurzem über zwei postoperative plötzliche Todesfälle luischer Frauen berichtet. Im ersten Fall handelt es sich um eine Totalexstirpation bei einem Myom. Klinisch war ein Herzleiden nicht erkannt worden. Die Obduktion erst deckte ein schweres luisches Aortenaneurysma auf. Im zweiten Fall trat plötzlicher Herztod bei einer 48jährigen Patientin ein, die wegen eines trotz stattgehabter Röntgenkastration wachsenden Myomes laparatomiert wurde. Kurz nach Eröffnung der Bauchhöhle trat Exitus ein.

Sektionsdiagnose: Aortitis luica, Stenose des linken Coronarastes.

Philipp und Richter machten die beachtenswerte Feststellung, daß von 131 luischen Frauen, bei denen größere Operationen ausgeführt wurden, nicht weniger als 22 = 16,7% an Thrombose erkrankten, die bei 15 Frauen auf die Extremitäten beschränkt blieben, sieben Frauen bekamen Embolie, von denen vier tödlich waren. Hayek berichtet über eine Laparatomie wegen Extrauteringravidität mit Reinfusion von 500 ccm Blut aus der Bauchhöhle, bei der es nach vorübergehender Erholung zum plötzlichen Exitus unter den Symptomen einer Coronarembolie kam. Der Sektionsbefund ergab: Mesaortitis luica, Coronarthrombose und Hirnembolie. Die luischen Venenentzündungen können entsprechend dem Stadium der Lues, in dem sie auftreten, verschieden in Erscheinung treten. Erstens die Venenerkrankung des syphilitischen Primäraffekts, die zuerst von von Biesiadecki beachtet und von Lang als Endophlebitis bezeichnet wurde. Zweitens die Venenerkrankung der Sekundärperide. Hoffmann unterscheidet drei Hauptformen der Erkrankung:

die strangförmige Pplebitis,
das nodöse Syphilid,
das Erythema nodosum syphiliticum.

Drittens die Venenerkrankung der Tertiärperide. Benda bejaht das Vorkommen rein entzündlicher spezifischer Vorgänge in der Tertiärperiode. Charakteristisch ist für diese Periode das Gumma, das aus einer geschwulstartigen, knoten- und knötchenförmigen Anhäufung eines spezifisch zusammengesetzten Granulationsgewebes besteht. Philipp und Richter berichten über zwei Todesfälle in der Narkose, wo lediglich die positive Seroreaktion des Blutes einen Hinweis auf den Zusammenhang mit Lues gaben. Sie nehmen an, daß es sich um Gehirnblutungen handelt, die in solchen Fällen zum plötzlichen Tode führen. Gellhorn weist auf den störenden Einlfuß der Lues im Verlauf von Wundheilungen hin. Er hat bei Luikern langdauernde Bauchwandeiterungen und Dehiszenzen der Bauchwunde beobachtet. Nahe liegt es, für die gestörte Wundheilung das durch das Syphilisvirus geschädigte Blut verantwortlich zu machen. Unklar und umstritten ist jedoch, in welcher Weise das Blut durch das Syphilisvirus geschädigt und verändert wird. Hierin gehen die Meinungen der Forscher auseinander. Die einen bestreiten ein für die Lues charakteristisches, spezifisches Blutbild, während die anderen einen deutlich erkennbaren Einfluß auf die Blutbeschaffenheit zubilligen. Mitteilungen über Untersuchungen zur Feststellung etwaiger Veränderungen der Blutgerinnung liegen im Schrifttum von Taterka und Rueda vor. So fand Taterka, daß unter 50 Fällen von Tabes in 72,7% derselben, und zwar besonders vor und während einer Krise die Blutgerinnungszeit gegenüber der Norm verändert war. Rueda verfolgte den Verlauf der Gerinnungszeit bei kongenitaler Lues und stellte bei einer Prüfung von 83 Kranken in 70 Fällen eine beschleunigte, in 5 Fällen eine verlangsamte und nur bei 8 Fällen eine normale Gerinnungszeit fest.

Fall 1: Frau A. B., 22 Jahre alt, K.Gesch. 1932 B. I Nr. 1. Abrasio und Alexander Adams wegen Retroflexio uteri und Hypermenorrhoe.

Es handelt sich um eine 22jährige Patientin von infantilem Habitus mit deutlichen Zeichen der Hutchinsonschen Trias. Die Wassermannsche Reaktion ist positiv. Patientin hat seit zwei Jahren sehr starke Perioden mit einer Dauer von 5—10 Tagen bei normalem Intervall. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keine Besonderheiten. Das Abdomen ist leicht gespannt. Der gynäkologische Befund ergibt einen retroflektierten Uterus. Zur Klärung der Hypermenorrhoe

wird in Aethernarkose eine Abrasio ausgeführt und eine typische Alexander Adamsche Operation angeschlossen. Die mikroskopische Untersuchung des curettierten Materials ergab ein polypös verdicktes Endometrium, stellenweise cystisch erweiterte Drüsen, keine Chorionzotten. Der Verlauf der Heilung war zunächst komplikationslos, dann zeigten sich an den medialen Enden der Operationswunden kleine Entzündungsstellen, die nach Behandlung mit Alkoholumschlägen, Bettruhe und Argentum nitricum zurückgingen. Die Wunden waren erst 32 Tage post operationem befriedigend geheilt.

Fall 2: Frau H., 25 Jahre alt, K.Gesch. 1924 B.I Nr. 1. Salpingektomie links, Tubenamputation rechts wegen Adnextumoren beiderseits.

25 Jahre alte multipara im mittleren Ernährungszustand hat seit vier Tagen starke Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Seit gleicher Zeit ist Patientin obstipiert, hat Schmerzen beim Wasserlassen und dauernden Harndrang. Vor einem Jahr unterzog sich die Patientin einer antiluischen Kur mit Neosalvarsan in der Hautklinik. Einen genauen Termin der Infektion kann Patientin nicht angeben. Die Periode trat mit 14 Jahren zum erstenmal auf. Sie war nie regelmäßig, von 8—10 Tagen Dauer, stets stark und schmerzhaft. Im letzten Halbjahr hatte Patientin nur einmal die Periode. Die Untersuchung der Thoraxorgane ergibt keine Besonderheiten. Im Hypogastrium findet sich rechts und links von der Mittellinie starke Druckschmerzhaftigkeit. In einer alten Operationsnarbe von der Symphyse bis zum linken Darmbeinkamm sieht man beim Pressen eine kleinapfelgroße Narbenbruchgeschwulst hervortreten. Der gynäkologische Befund ergibt einen beweglichen, nicht vergrößerten anteflektierten Uterus. Die rechte Adnexgegend ist äußerst druckempfindlich und zu einem kleinen Tumor konglobiert, während links ein Adnextumor von Hühnereigröße sich findet. Nach 11wöchentlicher konservativer Behandlung sind die Adnextumoren zwar kleiner geworden, aber immer noch enorm schmerzhaft. Als weitere Therapie wird nunmehr Laparotomie vorgeschlagen. Operationsbericht: Pfannenstielscher Fascienquerschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, daß die Blase mit der Vorderwand des Uterus leicht verklebt ist. Ferner bestehen ausgedehnte Verwachsungen zwischen Uterus, Ovarien und Netz. Auch im Douglas zeigen sich Schwarten. Die linke Tube ist entzündlich verändert und verdickt. Das Fimbrien-

ende verklebt. Das linke Ovar ist ohne krankhaften Befund. Der ampulläre Teil der rechten Tube ist ebenfalls entzündlich verändert und im Fimbrienende verschlossen. Die linke Tube wird vollständig reseciert und von der rechten Tube wird nur die abdominelle Hälfte amputiert. Peritonealisierung der Wundfläche. Schluß des Peritoneums und der Bauchdecken in Schichten. Die Reaktionen nach Wassermann, Sachs-Georgi waren vor der Operation negativ. Die Operation dauerte 58 Minuten. Die Bauchhöhle war 30 Minuten lang offen. Es wurden 100 gr Aether und 2 gr Chloroform gegeben. Vier Tage nach der Operation werden die Häkchen entfernt. Die Schnittwunde ist gut geheilt. Wundränder nicht gerötet. Nach weiteren sieben Tagen klagt Patientin über ständige ziemlich starke Schmerzen in der Mitte der Fascienumschlagstelle. Hier ist ein deutliches zirkumskriptes, etwa talergroßes Infiltrat festzustellen, aber keine entzündliche Rötung der Haut. Das Infiltrat ist nach weiteren acht Tagen nicht mehr zu tasten und die Klagen der Patientin über Schmerzen an der Fascienumschlagstelle haben aufgehört. Patientin wird nach 25 Tagen post operationem ohne Beschwerden entlassen.

Fall 3: Frau E. B., 24 Jahre alt, K.Gesch. 1927 B. VI Nr. 837. Salpingektomie wegen Adnextumor beiderseits.

24jährige mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Nullipara. Patientin gibt an, vor drei Jahren eine luische Infektion durchgemacht zu haben. Sie hat bisher vier antiluische Kuren gemacht. Patientin klagt über Schmerzen im rechten Unterbauch und wird wegen Adnextumor aufgenommen. Die Untersuchung der Thoraxorgane ergab ein verlängertes Expirium über der rechten Spitze. Das Abdomen war straff, ohne Druckschmerz. Der Uterus war klein, antevertiert, flektiert und etwas dextroponiert. Links war ein deutlicher Adnextumor von Hühnereigröße zu tasten. Vor der Operation war nur die Reaktion von Meinicke positiv.

Operationsbericht: Querschnitt durch die stark blutenden, fettreichen Bauchdecken. Nach Eröffnung des Peritoneums und Zurückschieeben der Darmschlingen sieht man von den Adnexen ausgehende Verwachsungen, zwischen den Verwachsungssträngen Ansammlung von seröser Flüssigkeit. Nach Anschlingen des Uterus werden die Adnexe aus ihren Verwachsungen herauspräpariert, beide Tuben sind etwa bis zu Fingerdicke vergrößert und sehr hart. Die Infundibula sind beiderseits verschlossen. Auffallend ist eine

starke Schlängelung und kolbige Auftreibung am unteren Ende, welche anscheinend bis in den interstitiellen Teil hineinreicht, man hat den Eindruck, daß es sich vielleicht um tuberkulöse Veränderungen handeln könnte. Absolute Klarheit ist aber nicht zu gewinnen. In Anbetracht dessen wird beschlossen, die beiden Tuben abzutragen. Nach Durchtrennen der Mesosalpingen werden die stark verdickten Uterinenden beiderseits keilförmig excidiert. Aus beiden uterinen Tubenenden quillt rahmiger Eiter heraus. Ziemlich starke Blutungen aus den Excisionsstellen. Sie kommt nach entsprechenden Nähten zum Stehen. Zur Stützung des Uterus werden die Ligamenta rotunda auf die Hinterfläche des Uterus aufgenäht. Der Wurmfortsatz zeigt auch gröbere entzündliche Veränderungen, ist in Verwachsungen eingebettet und wird deshalb exstirpiert. Schluß des Peritoneums und der Bauchdecken in Schichten. Die Operation dauerte 108 Minuten. Das Peritoneum war 8 Minuten geöffnet. Da Dämmerschlaf und Sacralanaesthesie gut wirkten, wurden nur 30 ccm Aether gegeben. Der Heilungsverlauf war per secundam. 14 Tage post operationem hatte sich in der Mitte der Wunde ein Hämatom gebildet, aus dem 8 ccm Blut durch Punktion entfernt wurden. Es wurde ein Kompressionsverband angelegt. Nach 24 Tagen post operationem wurde Patientin nach erfolgter Heilung der Wunde entlassen.

Fall 4: Frau L. L., 25 Jahre alt, K.Gesch. 1929 Bd. II Nr. 256. Revisionslaparatomie und interfasciale Bandverkürzung bei Retroflexio uteri.

Es handelt sich um eine 25 Jahre alte primapara, die vor fünf Jahren sich einer antiluischen Behandlung unterzogen hatte, und während der Behandlungszeit einen Partus durchmachte. Das Kind lebt und wies keine Zeichen einer Lues auf. Die jetzigen Beschwerden sind in der Hauptsache Schmerzen beim Wasserlassen. Durch wiederholte Abstriche an Cervix und Urethra kann eine Gonorrhoe ausgeschlossen werden. Die Reaktion nach Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke sind alle positiv. Sichtbare Zeichen einer Lues sind nicht vorhanden. Bei der Untersuchung der Thoraxorgane findet man ein nichtverbreitertes Herz mit unregelmäßiger Aktion, paukendem ersten Aortenton und hebendem Spitzenstoß. Die gynäkologische Untersuchung ergibt: An der linken großen Schamlippe ein kleiner Polyp. Die Harnröhrengegend ist gerötet. Die Portio steht rechts und hat eine kleine Erosio, die bei Berührung nicht blutet. Der Uterus

ist retrovertiert-flektiert. Die linke Adnexgegend ist wenig, die rechte stark druckempfindlich und verdickt. Im Dämmerschlaf und Sacralanaesthesie wird eine Revisionslaparatomie vorgenommen.

Operationsbericht: Eröffnung der Bauchhöhle durch Querschnitt. Uterus liegt retrovertiert-flektiert, ist nirgends adhärent. Adnexe zart, keine Adhäsionen, Appendix frei. Bei der Vornahme der interfascialen Bandverkürzung reißt das rechte ab und schnellt zurück. Es wird deshalb mit einer gebogenen Kornzange von der Bauchhöhle aus durch die Bauchwand hindurchgestoßen und nach Verschluß des Peritonealkegels in üblicher Weise fixiert. Links typische interfasciale Bandverkürzung. Schluß des Peritoneums und der Bauchdecken in Schichten. Das kleine polypöse Gebilde an der linken großen Labie wird in Gesundem aus der Haut geschnitten und die Wunde durch drei Nähte versorgt. Die Operation dauerte 49 Minuten. Das Peritoneum war 25 Minuten eröffnet. Zur Sacralanaesthesie wurden noch 10 ccm Aether gegeben. Der Heilungsverlauf war per primam. Die Patientin wird nach 19 Tagen post operationem zur Luesbehandlung entlassen.

Fall 5: Frau M. B., 27 Jahre alt, K.Gesch. 1928 Bd. V Nr. 888. Adhäsionslösung und interfasciale Bandverkürzung wegen Retroversio uteri.

27jährige primapara in reduziertem Ernährungszustande. Haut und Schleimhäute schlecht durchblutet. Keine manifesten Luessymptome. Die serologischen Untersuchungen nach Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke sind positiv. Patientin hat vor vier Jahren im Anschluß an ein luisches Exanthem eine Salvarsankur durchgemacht. Während einer zweiten Salvarsankur, acht Wochen nach der ersten, erfolgte die Geburt eines kongenital luischen Kindes. Das Kind lebt. Weitere Salvarsankuren wurden angeschlossen. Patientin klagt über stärkere Schmerzen in der rechten Adnexgegend. Die Untersuchung ergab keine Besonderheiten. Im rechten Unterbauch besteht etwas Druckempfindlichkeit. Eine Adnex- und pelveoperitonitische Reizung wird ein halbes Jahr ununterbrochen in der Klinik behandelt.

Gynäkologischer Befund nach sechsmonatlichem Klinikaufenthalt: Fluor albus, Portio etwas plump, äußerer Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus ist in guter Antiflexionsstellung retroponiert und fixiert. Im Bereich der

Adnexe ist keine Veränderung zu tasten. Die Ileocöcalgegend ist druckempfindlich. Die Diagnose ist auf fragliche, chronische Adnexitis gestellt worden und eine Revisionslaparatomie wird gemacht. Vor der Operation waren die serologischen Reaktionen negativ ausgefallen.

Operationsbericht: Eröffnung der Bauchhöhle durch Fascienquerschnitt. Bei eröffneter Bauchhöhle sieht man, daß von einer Ileumschlinge aus eine bandförmige, etwa 1½ cm breite, 12 cm lange Adhäsionsspange in die Gegend der fehlenden rechten Adnexe zieht. Die Adhäsionsspange wird abgetragen und die Abtragungsstümpfe werden peritonisiert. Ein Netzzipfel ist an der rechten Seite im kleinen Becken adhärent und wird reseciert. Die retroponierte Gebärmutter wird in typischer Weise mittels einer interfascialen Bandverkürzung in Anteversionsstellung gebracht. Bauchdecken werden in Schichten geschlossen. Die Operation dauerte 67 Minuten. Das Peritoneum war 37 Minuten geöffnet. Es wurden 160 ccm Aether gegeben. Die Heilung erfolgte per primam und die Patientin wurde ohne Beschwerden entlassen.

Fall 6: Frau E. B., 28 Jahre alt, K.Gesch. 1928 Bd. I Nr. 111. Abrasio und Alexander Adamsche Operation wegen Hypermenorrhoe und Retroflexio uteri mobilis.

Komplikationslos verlief die Heilung nach einer Abrasio und Alexander Adamschen Operation bei der 28jährigen Patientin, die eine Infectio veneris negierte und keiner Behandlung vor der Operation unterzogen worden war. Patientin hatte drei Spontangeburten durchgemacht, die Kinder sind am Leben. Nach der letzten Geburt wurde die Periode unregelmäßig und hatte an Dauer (14 Tage) und Stärke zugenommen. Der gynäkologische Befund ergab einen beweglichen retroflexierten Uterus. Gleichzeitig mit der Alexander Adamschen Operation wurden die beiderseitigen taubeneigroßen Herminae inguinales beseitigt. Nach 11 Tagen post operationem waren die Wunden per primam geheilt.

Fall 7: Frau K. Sch., 28 Jahre alt, K.Gesch. 1926 Bd. II Nr. 265. Rekonstruktion einer evertierten Blase. Eine 28jährige Patientin in mäßigem Ernährungszustand hatte vor zwei Jahren eine faultote mazerierte Frucht im 9. Monat der Schwangerschaft spontan geboren. Fruchtwasser und Nachgeburt waren faulig, stark riechend und mit Gas unter-

mengt. In der Folgezeit bildete sich spontan eine schnell fortschreitende, gangräneszierende Ulzeration an der Portio und im Bereich der vorderen Scheidenwand, die sich fast ganz mit der dahinterliegenden Blasenwand nekrotisch abstieß, unter Hinterlassung einer sehr großen Verbindung zwischen Blase und Scheide. Die Blutuntersuchung ergab eine positive Wassermannsche Reaktion. Eine Salvarsan-Quecksilberkur wurde durchgeführt. Nach einem Jahr begab sich die Patientin in die Behandlung der hiesigen Klinik, weil die Beschwerden durch die völlige Incontinentia urinae für sie und ihre Umgebung unerträglich waren. In der hiesigen Klinik wurde die operative Rekonstruktion der Blase vorgenommen. Allgemeinzustand: Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Kein Fettpolster. Thoraxorgane und Abdomen ohne Besonderheiten. Die Wassermannsche Reaktion war durch die Behandlung negativ geworden.

Gynäkologischer Befund: Die Scheide ist in eine große Narbenhöhle umgewandelt. Durch die hintere Scheidenwand zieht ein Narbenbogen, der sich ganz nach vorne hinschlingt und an den beiden Schambeinästen fest angewachsen ist. Von diesem Narbenbogen zieht ein zweiter Narbenbogen nach der linken Seite hinauf, nach der Portio, von welcher die vordere Muttermundslippe teilweise verloren gegangen ist. Die Portio ist zerzupft und nur kümmerlich entwickelt. Das ganze Scheidenrohr ist außerordentlich starr, so daß sich der Eingang zunächst gar nicht erweitern läßt. Der Muttermund ist ein sternförmiges Loch, von dem aus nach allen Seiten strahlig verlaufende Narbentäler ausgehen. Unmittelbar vor dieser zerfetzten Portio sieht man dann ein großes Loch in der vorderen Vaginalwand, das in den Rest der Blase hineinführt, die prolabiert zwischen den großen Lippen liegt. Der Uterus liegt retroflektiert, ist nicht frei beweglich.

Operationsbericht: Abpräparieren der Blase von der Cervix uteri und von der Scheidenwand, dort, wo sie in die Narbenwand der Fistel übergeht. Nachdem die Blase in ihren Rändern mobilisiert ist, wird das auseinandergeklappte Rohr der Urethra nach gehöriger Mobilisierung seitlich durch Knopfnähte wieder zu einem Rohr vereinigt. Dieses Rohr findet Anschluß an die kleine Urethralbrücke, die sich noch auffindet. Auf diese Weise ist die neue Harnröhre gebildet worden. Auf die gleiche Weise wird der Blasensack von der Seite durch Knopfnähte wieder verschlossen, sodann wird die Scheide tamponiert und die jetzt notwendige Inter-

position wird von oben durchgeführt. Längsschnitt durch die Bauchdecken. Vom Netz wie vom Darm ziehen Verwachsungen zum Uterus. Die linken Adnexe werden wegen ihrer wesentlichen Veränderungen entfernt. Die Blasenumschlagsfalte durchtrennt und der Fundus vorn vom Abdomen durch den Schlitz von der vorderen Scheidenwand in die Scheide hineingeleitet. Die Blase wird vom Abdomen aus über den Uterus hinweggeleitet und an seiner Hinterwand fixiert. Peritonisierung. Verschluß der Bauchhöhle in Schichten. In der Vagina wird der Uterus mit zwei Knopfnähten an den seitlichen Vaginalwänden befestigt. Der postoperative Verlauf war wider Erwarten ungestört. Die Patientin lag in der ersten Zeit natürlich noch naß, dann aber ging der Urin schuppweise ab und schließlich wurde sie mit dem Resultat entlassen, daß sie 1—2 Stunden das Wasser halten und willkürlich urinieren kann. Eine Nachuntersuchung nach einem halben Jahr zeigte dasselbe Bild wie bei der Entlassung.

Fall 8: Frau M. E., 29 Jahre alt, K.Gesch. 1928 Bd. I Nr. 85. Abrasio wegen Menorrhagien, interfasciale Bandverkürzung wegen Retroversio-flexio uteri mobilis. Exstirpation einer kleinen Ovarialcyste.

Es handelt sich um eine 29jährige, mittelgroße, leidlich genährte Frau, die zwei normale, eine Fehl- und eine Frühgeburt durchgemacht hat. Seit ihrem letzten Partus leidet sie unter unregelmäßigen verstärkten Menses. Der Blutverlust ist sehr stark. Bei der gynäkologischen Untersuchung findet man einen retrovertierten-flektierten, beweglichen Uterus, am linken Ovar ein Cystchen. Die Untersuchung der Thoraxorgane ist ohne Besonderheiten. Das weiche Abdomen ist in der linken Adnexgegend leicht druckempfindlich. Die serologischen Reaktionen sind positiv. Patientin weiß nicht, wann sie die Lues erworben hat. Eine spezifische Kur ist bei ihr bisher nicht durchgeführt worden. Zur Beseitigung der Metrorrhagien wird nach Dilatation bis Hegar X eine Abrasion ausgeführt. Angeschlossen wird eine Revisionslaparatomie.

Operationsbericht: Querschnitt durch die mäßig fettreichen, aber stark blutenden Bauchdecken. Durch eine beiderseitige interfasciale Bandverkürzung wird der Uterus in die ideale Lage gebracht. Das linke Ovar weist eine kleine Cyste auf, die exstirpiert wird. Schluß der Bauchdecken in typischer Weise. Die Operation dauerte 93 Mi-

nuten, das Peritoneum war 55 Minuten eröffnet. Es wurden 130 ccm Aether und 40 ccm Chloroform gegeben. Nach 12 Tagen war die Wunde per primam geheilt.

Fall 9: Frau A. E., 31 Jahre alt, K.Gesch. 1930 Bd. II Nr. 252. Salpingektomie links, Exstirpation der rechten Adnexe, Resektion des linken Ovar wegen cystischer Degeneration der Ovarien und Hydrosalpingen beiderseits.

31 Jahre alte Patientin hat seit zwei Monaten Schmerzen im rechten Unterbauch und gelblich-weißen Fluor. 1921 war bei Patientin die Wassermannsche Reaktion positiv. Gleichzeitig zeigten sich an Vulva und Anus syphilitische Papeln. Patientin unterzog sich einer syphilitischen Kur mit Salvarsan und Quecksilber. Weitere Kuren wurden 1924 und 1930 gemacht. Die Untersuchung der inneren Organe zeigte keine Besonderheiten.

Gynäkologischer Befund: Uterus in Mittelstellung, rechte Adnexe verdickt, etwa eigroß und vom Uterus nicht abzugrenzen. Linke Adnexe etwas verdickt. In Sacralanaesthesie wird eine Revisionslaparotomie gemacht. Die Wassermannsche Reaktion war vor der Operation negativ.

Operationsbericht: Medianer Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Der etwas vergrößerte Uterus befindet sich in Streckstellung und ist durch zahlreiche Adhäsionen an seiner Hinterwand gegen den Douglas fixiert und nach rechts herübergezogen. Die rechten Adnexe sind ebenfalls adhärent und das rechte Ovar in eine teils schokoladen-, teils seröse Cyste verwandelt, deren Gesamtgröße einem Taubenei entspricht. Das linke Ovar ist klein, cystisch degeneriert und zeigt an seiner Basis nur noch spärliches, anscheinend normales Ovarialgewebe. Beide Tuben sind in Hydrosylpingen mäßigen Grades verwandelt. Auch links sind die Adnexe durch Stränge an der seitlichen Beckenwand und im Douglas adhärent. Es werden die linken Adnexe soweit entfernt, daß vom linken Ovar noch ein kleiner Rest erhalten bleibt. Der Tubenstumpf wird unterbunden und in eine Peritonealfalte versenkt. Die Verwachsungen werden gelöst und die linke Wundfläche samt dem Ovarialrest durch Peritoneum gedeckt. Danach werden rechts die Verwachsungen der Adnexe gelöst und die rechte Ovarialcyste ausgeschält. Das Ovar wird samt der rechten Tube exstirpiert. Versenkung der Stümpfe und Peritonisierung des Wundbettes. Der Uterus steht darauf in guter

Mittelstellung. Die Operation dauerte 87 Minuten. Das Peritoneum war 71 Minuten geöffnet. Zur Sacralanaesthesie wurden 16 ccm Aether dazugegeben. Die Wundheilung verlief per primam.

Fall 10: Frau E. B., 32 Jahre alt, K.Gesch. 1929 Bd. IV Nr. 561. Adhäsionslösung, Entfernung beider Adnexe wegen Ovarialcyste rechts und Hämatocele links. Uterusexstirpation wegen Verletzung der Hinterwand bei Adhäsionslösungen.

32 Jahre alte, zarte kleine Frau in schlechtem Ernährungszustande. Patientin hat drei normale Geburten und drei Fehlgeburten, bei denen hohes Fieber und starker Blutverlust beobachtet wurde, durchgemacht. Nach zweimonatlicher Amenorrhoe bekam Patientin beim Tragen eines Eimers mit Wasser plötzlich starke Schmerzen in der Unterleibseite und Blutungen, die 15 Tage anhielten, an demselben Tage Erbrechen. In den folgenden Tagen bekam Patientin Temperaturen bis 39°. Nach weiteren zwei Monaten traten erneut Blutungen auf. Ebenso bemerkte Patientin am Tage der Aufnahme geringen Blutabgang. Die inneren Organe sind ohne wesentliche Veränderungen; am Herzen wurde ein unreiner Ton an der Spitze festgestellt. Der Leib ist im allgemeinen weich. Im Unterleib überall Druckschmerzhaftigkeit und Muskelabwehr.

Gynäkologischer Befund: Uterus klein, in Mittelstellung. Links von ihm und hinter ihm eine ziemlich ausgedehnte Resistenz, die den Douglas in der linken Seite ausfüllt. Auch an den rechten Adnexen ist ein über walnußgroßer Tumor zu fühlen. Die Reaktionen nach Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke sind positiv.

Operationsbericht: Medianer Laparotomieschnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Bei eröffneter Bauchhöhle stellt man fest, daß auf der rechten Seite eine apfelsinengroße Ovarialcyste vorhanden ist. Die rechten Adnexe werden über Klammern abgetragen. Der Versuch, den Uterus nach vorne zu bringen, um ihn anzuschlingen, mißlingt, da der Uterus durch außerordentlich derbe Verwachsungsstränge mit dem Rektum verlötet ist. Die Lösung der linken Adnexe ist schwierig, da die Verwachsungen sehr derb und Darmschlingen mit einbezogen sind. Es gelingt schließlich, den Geschwulstsack zu isolieren, dabei reißt er ein und es ergießt sich verjauchter, eitriger, übelriechender Hämatoceleninhalt in das Operationsgebiet, das allerdings mit Tü-

chern gut abgestopft war. Die Adhäsionen zwischen Hämatocele und Rektum sind sehr ausgedehnt. Auch die Uterusrückwand ist in weitem Maße beteiligt. Der Hämatocelensack wird isoliert. Die Uterusrückwand ist in ihrem größten Abschnitt verletzt. Auf dem Rektum sind ausgedehnte schwartige, blutige Abschnitte vorhanden. Eine Exstirpation des Uterus ist nötig. Sie wird von vorn durchgeführt, da man wegen der ausgedehnten Veränderungen im Douglas zu sehr behindert ist. Die Gefäßversorgung erfolgt in üblicher Weise. Die Scheide wird umsäumt. Aus dem Operationsgebiet wird ein Streifen nach der Scheide durchgeführt. Das Wundgebiet wird durch Zeltnaht, die das Blasenperitoneum an das Rektum fixiert, gedeckt. Schluß der Bauchwand in Schichten. Vor der Operation bestanden subfebrile Temperaturen. Die Operation dauerte 107 Minuten. Das Peritoneum war 30 Minuten geöffnet. Die Operation wurde in Sacralaesthesie ausgeführt. Am dritten Tage post operationem kommt der Darm in Gang. Die Abendtemperatur beträgt 38°, an der Wunde ist nichts zu sehen. Am sechsten Tage beträgt die Temperatur 38,3°. Man sieht eine Verwölbung und Rötung des unteren Wundrandes, die Temperatur steigt auf 38,9°, der Puls auf 108. Die Patientin klagt über Leibschmerzen. In der Nacht entleert sich ein jauchiger Abszeß. Am 13. Tage ist die Temperatur afebril. Aus dem unteren Wundabschnitt entleert sich viel Eiter. Das Befinden ist gut. Am 20. Tage ist die Eiterabsonderung nur noch gering. Der untere Wundwinkel wird mit Leukoplast zusammengezogen. Im übrigen ist die Wunde jetzt gut geheilt. Am 23. Tage post operationem wird Aufstehen gut vertragen und nach weiteren drei Tagen kann die Patientin entlassen werden.

Fall 11: Frau Ph. R., 32 Jahre alt, K.Gesch. 1913 Bd. VI Nr. 671. Abdominale Radikaloperation bei bilateralen Hydrosalpingen, rechtsseitigem plycystischem und linksseitigem Corpusluteumovarium.

32jährige, mittelkräftige Frau, die mit 19 Jahren eine normale Geburt und mit 24 Jahren einen Abort im fünften Schwangerschaftsmonat gehabt hatte. Das Kind ist mit 18 Monaten gestorben. Der Ehemann hat vor der Ehe eine antiluische Kur durchgemacht. Mit 7 Jahren Excision der rechten Inguinaldrüsen und mit 19 Jahren der linken Inguinaldrüsen infolge luischer Veränderungen. Eine Quecksilber-Schmierkur wurde angeschlossen. Nach dem Abort wurde die bisher normale Menstruation unregelmäßig. Sie

trat nach 2—3 Wochen ein, bei einer Dauer von 12—14 Tagen. Der Blutverlust war groß, während der Periode hatte Patientin heftige Schmerzen. Seit 6 Wochen auch im periodefreien Intervall. Prae- und postmenstruell besteht weißer Fluor. Spülungen und Sitzbäder besserten den Zustand nicht. Seit einem Jahr bemerkt die Patientin, daß ihr Leib stärker und härter wird. Bei der Allgemeinuntersuchung finden sich gesteigerte Reflexe, Tremor und angedeuteter Romberg. Die inneren Organe lassen keine Veränderungen erkennen. Die Wassermannsche Reaktion ist schwach positiv. Objektiv finden sich keine luischen Symptome.

Gynäkologischer Befund: Multipares Genitale, Scheide weit, mit reichlichem Sekret, kleine Erosionen an den Muttermundslippen. Uterus liegt in Mittelstellung, ist etwas vergrößert und verdickt. Seitliche Bewegungen verursachen der Patientin große Schmerzen. Adnexgegend druckempfindlich. Es wird die Diagnose: Menorrhagien, Metritis und fragliche Adnexitis bilateralis gestellt. Auf vierwöchentliche konservative Therapie tritt keine Besserung ein. Das Befinden der Patientin wechselt täglich. Eine Narkoseuntersuchung ergibt folgenden Befund: Ekzema intertrigo, noduli hämorrhoidales, Vulva klaffend, Damm niedrig. In der Vagina überaus reichlich zähes Sekret. Portio und Vagina schlecht entwickelt, livide verfärbt, feiner Erosionssaum an der Portio. Os externum geschlossener Querspalt, Portio in der Interspinallinie rechts von der Mittellinie. Corpus anteflektiertvertiert, dextroponiert. Links neben der Seitenkante des Uterus ein runder, derber, mannsfaustgroßer Tumor, basal lateral und hinten adhärent. Tube und Ovarien links nicht zu tasten. Rechts und mehr nach hinten undeutliche strangartige Resistenz. Einzelheiten nicht zu tasten wegen der Dicke und Spannung der Bauchdecken.

Diagnose: Links Konglomerattumor, rechts entzündliche Adnexerkrankung.

Nach einer antiluischen Kur in der Hautklinik wird Patientin operiert.

Operationsbericht: Sacralanaesthesie ergibt keine Analgesie, daher Einleitung einer Allgemeinnarkose mit Chloroform 6 gr und 140 gr Aether. Dauer 1½ Stunden. Querschnitt durch die sehr fettreichen Bauchdecken. Nach Zurückstopfen der Därme zeigt sich rechts vom Uterus und etwas vor ihm ein wurstförmiger, faustgroßer Tumor, der der enorm ausgedehnten rechten Tube entspricht. Der

Uterus sitzt tief im Becken. Der Douglas ist von Adhäsionen ausgefüllt und verödet. Das rechte Ovarium fest auf dem Boden des Douglas verwachsen. Nach Durchtrennung des Ligamentum infund. pelv. dextr. kann man an das rechte vergrößerte, plycystische Ovarium heran und es herauslösen. Die linke Tube ist ebenfalls verschlossen, verdickt, ihr peripheres Ende zusammen mit dem linken Ovarium linksseitig im Douglas sehr fest verbacken und adhärent. Beim Auslösen der linken Adnexe entleert sich schokoladenbraune Flüssigkeit aus dem linken Ovarium. Die Sacrouterinligamente sind außerordentlich gestrafft. Das Subserosum des Douglas und der unteren Partien beider Ligamenta lata plattenartig und derb. Es wird die Radikaloperation beschlossen. Nach Einkerbung der verkürzten Sacrouterinligamente wird die Portio durch Einschneiden des hinteren Vaginalgewölbes luxiert und die Auslösung des Uterus in typischer Weise vorgenommen. Infolge der bilateralen paracervicalen Zellgewebsverkürzung besteht beiderseits nach Durchtrennung der Uterina eine starke Blutung. Es gelingt aber, die aufgesplitterten Uterinaäste mittels Ligaturen isoliert zu versorgen. Nach Durchführung der Scheidenumsäumungsnaht ist die Blutstillung vollkommen. Ein Streifen wird in die Vagina eingelegt. Die Peritonealdeckung ist infolge der Straffheit des Subserosum und der Zerreißlichkeit des parietalen Periteums erschwert, läßt sich aber mittels Knopfnähte durchführen, so daß die Wundflächen in den beiden seitlichen Douglasabschnitten gut peritoneal gedeckt sind. Schluß der Bauchdecken.

Präparat: Uterus im sagitalen Durchmesser verdickt, plump. Rechts eine Hydrosalpinx, vergrößertes und cystisches Ovar. Links verschlossene, geschlängelte und verdickte Tube, polycystisches, teilweise von Corpusluteumcysten durchsetztes Ovar.

Heilungsverlauf: Die Laparotomiewunde ist nach 16 Tagen per primam geheilt. Der Scheidenwundtrichter ist tadellos ausgranuliert. Links im Scheidenstumpf fühlt man ein taubeneigroßes Exsudat, rechts ein apfelgroßes. Nach acht Tagen sind die Exsudate resorbiert und die Patientin wird bei Wohlbefinden entlassen.

Fall 12: Frau P. W., 33 Jahre alt, K.Gesch. 1930 Bd. VII Nr. 985. Uterusexstirpation wegen Pelveoperitonitis chronica.

33jährige Nullipara in mittlerem Ernährungs- und Kräftezustand, wurde vor fünf Jahren wegen starker Entzündung

der rechten Tube mit schwartigen Verdickungen und Verwachsungen operiert. Die rechte Tube und Appendix wurde entfernt. Die Wunde heilte damals per primam. Die vor der Operation bestehenden Schmerzen im linken Unterbauch begannen sich drei Wochen nach der Operation wieder einzustellen. Die Schmerzen steigerten sich 14 Tage vor der Periode, um danach wieder nachzulassen. Die Patientin war fünf Jahre hindurch nie ganz beschwerdefrei. Zu den Schmerzen im Unterbauch traten noch Schmerzen in der Nieren -und Lebergegend. Die Patientin war nie gelb. Seit 14 Tagen sind die Schmerzen im linken Unterbauch unerträglich geworden. Die Medizinische Klinik stellte eine luische Nephrose fest. Die Wassermannsche Reaktion ist positiv. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt keine Besonderheiten.

Gynäkologischer Befund: Der Uterus ist anteflektiert, retroponiert, nicht frei beweglich, von normaler Größe. Die linken Adnexe sind deutlich verdickt und druckschmerzhaft. Rechts ist nichts sicheres zu tasten. Der Douglas enthält harte Auflagerungen und ist sehr schmerzhaft. Es wird die Diagnose Pelveoperitonitis chronica gestellt und als Therapie Laparotomie mit eventueller Totalexstirpation vorgeschlagen. Die Operation wurde in Sacralanaesthesie ausgeführt. Die Operation dauerte 134 Minuten. Das Peritoneum war 108 Minuten geöffnet. Es wurden 20 gr Aether gegeben.

Operationsbericht: Längsschnitt. Nach Eröffnung der sehr blut -und fettreichen Bauchdecken ergab sich folgendes Bild. Uterus vollkommen retroflektiert, fixiert, linke Adnexe zu einem großen Konglomerattumor umgewandelt, der breitbasis und an Beckenwand und Sigmoid fixiert ist. Rechtes Ovar um das vierfache cystisch vergrößert. Nach scharfer und stumpfer Lösung der Adnexe ergibt sich, daß auch das linke Ovar cystisch umgewandelt ist. Da ausgiebige Läsionen der Uteruswand entstehen, die nicht gedeckt werden können, wird eine supravaginale Totalexstirpation unter Mitnahme des linken Ovars vorgenommen. Das rechte Ovar wird reseziert und ein etwa bohnengroßes Hilusstück zurüückgelassen. Deckung des ganzen Wundgebietes durch Vereinigung von Peritoneum viscerale und Sigmoidresosa. Schluß der Bauchdecken.

Operationsverlauf: Am ersten Tag nach der Operation beträgt die Temperatur 39,2°. Der Puls ist klein, bei einer Frequenz von 150. Der Leib ist nur in den untersten Ab-

schnitten etwas gespannt. Die Zunge feucht, leicht belegt. Nach der Operation trat eine starke Albuminurie auf. Im Sediment: Zylinder, Erythrocyten, Leukocyten. Patientin bekommt Cardiazol, Kampferöl, Koffein. Der Zustand verschlechtert sich. Blähungen sind vorhanden, jedoch kein Stuhl. Patientin kommt unter dem Bild der Herzschwäche nach drei Tagen zum Exitus. Sektionsbefund: Status nach Laparotomie. Alte Pelveoperitonitis, Adhäsionen, frische fibrinöse pelveoperitonitische Auflagerungen. Schlaffe Dilatation der linken Herzkammer, Aortitis syphilitica, kinderfaustgroßes Gumma im rechten Leberlappen, bis an die Glissonsche Kapsel reichend, mit alten perihepatischen, schwieligen Adhäsionen, mit fünfmarkstückgroßer gereinigter Abszeßhöhle zwischen Leber- und Zwerchfellunterfläche an dieser Stelle. Schrumpfungsherde in beiden Nieren. Gastromalacia acida mit Perforation in den linken subphrenischen Raum und linke Zwerchfellhälfte, ca. 100 ccm Magensaft in der Pleurahöhle.

Fall 13: Frau E. C., 36 Jahre alt, K.Gesch. 1927 Bd. IV Nr. 493. Abrasio wegen Metropathia hämorrhagica, praeclimacterica.

Es handelt sich um eine Patientin, deren Lues vier Jahre ante operationem behandelt worden ist. Der genaue Infektionstermin konnte nicht ermittelt werden. Patientin hatte zwei normale Geburten. Das zweite Kind starb nach vier Wochen. Sie hatte außerdem noch drei Aborte durchgemacht. Vor zwei Jahren verlief eine Ausräumung in Aethernarkose ohne Besonderheiten. Die serologischen Untersuchungen waren zu dieser Zeit wiederum positiv. Eine Abrasio wegen einer Methropathia hämorrh. praeclim. bei positiver Wassermannscher Reaktion in Aethernarkose hatte keine Komplikationen zur Folge.

Fall 14: Frau E. L., 49 Jahre alt, K.Gesch. 1927 Bd. VI Nr. 858. Exstirpation des Uterus wegen Myomatosis uteri.

49jährige, grazile, mittelgroße Frau von asthenischem Habitus mit typischer Myomanamnese.

Die Untersuchung der Thoraxorgane und des Abdomens ergab keine Besonderheiten.

Bei der gynäkologischen Untersuchung fand man einen vergrößerten, retrovertiert-flektierten, in seiner Oberfläche

proß- und kleinhöckerigen, derben Uterus. Nach der rechten Seite war eine größere Ausladung herauszutasten. Adnexe und Parametrien frei. Es handelt sich um eine Myomatosis uteri. Die serologischen Reaktionen nach Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke sind positiv. Sichtbare Zeichen einer Lues bestehen nicht. Ein Termin der Infektion läßt sich nicht ermitteln. Eine antiluische Behandlung hat nicht stattgefunden.

Operationsbericht: Eröffnung der Bauchhöhle mittels Längsschnitt in der Mittellinie. Uterus nicht beweglich. Ueber mannsfaustgroße, meist multiple, subseröse Myomknötchen. Der ganze Douglas ist fast völlig verödet. Beiderseits finden sich cystisch veränderte Ovarien, die an der Hinterwand des Uterus und des Ligamentum latum mit dem Douglasboden und dem Darm verwachsen sind. Adhäsionen werden scharf gelöst. Die cystischen Gebilde platzen beim Herauslösen und es entleert sich ein wässerig bräunlicher Inhalt. Die Tuben beiderseits und die völlig veränderten Ovarien werden abgetragen. Nach Versorgung des Ligamentum rotundum und Abklemmung der Uteruskanten in der Gegend des Abgangs der Tuben wird der Uterus in typischer Weise aus seinen Ligamentverbindungen und von der Scheide abgesetzt. Scheidenwundnaht. Schließung der Wunden in Schichten. Die Operation dauerte 95 Minuten. Das Peritoneum war 24 Minuten eröffnet. Es wurden 140 gr Aether gegeben. Die Sacralanaesthesie mußte wegen eines Erregungszustandes abgebrochen werden. Nach 16 Tagen war die Wunde per primam geheilt und der Patientin wurde angeraten, sich einer Luesbehandlung zu unterziehen.

Fall 15: Frau E. L., 46 Jahre alt, K.Gesch. 1927 Bd. I Nr. 115. Instrumentelle Entfernung eines kleinen Cervicalmyoms, Abrasio wegen Ca-Verdacht.

Eine 46jährige, äußerst adipöse Patientin wurde in einem stark anämischen Zustand (HB. 33%) in die Klinik eingewiesen. Seit einem Jahr litt Patientin unter Hyper- und Polymenorrhoe, seit acht Tagen blutete sie ununterbrochen und hatte gleichzeitig beständigen Drang zum Wasserlassen. Ihr Körpergewicht hatte 20 Pfund abgenommen. Aus der Vorgeschichte ist bemerkenswert, daß Patientin vor 27 Jahren eine Spontangeburt mit verjauchter Plazentaretention durchgemacht hatte. Die Untersuchung der Thoraxorgane ergab keine Besonderheiten. An den unteren Extremitäten ließen sich leichte Oedeme feststellen. Die Wassermannsche

Reaktion war bei der Aufnahme positiv, Sachs-Georgi und die Meinicke-Trübungsreaktion negativ. Der Zeitpunkt der luischen Infektion war nicht zu ermitteln, ebensowenig, ob die Patientin eine antiluische Kur durchgemacht hatte.

Der gynäkologische Befund ergab einen vergrößerten Uterus, an dem mehrere Knollen palpiert wurden. Man dachte zunächst an Corpus-Carcinom und unternahm im Dämmerschlaf eine Probeabrasio und eine instrumentelle Entfernung eines kleinen Cervicalmyoms vor.

Makroskopisch sah die Schleimhaut nicht carcinomsuspekt aus. Nach dem Eingriff hörte die Blutung auf. Ein Tag nach der Operation stieg die Temperatur auf 39,8, Puls auf 100. Patientin fühlte sich sehr matt. Durch genaue internistische Untersuchung konnte keine Pneumonie festgestellt werden. Am fünften Tag nach der Operation trat eine Angina lacunaris auf. Am sechsten Tag kam Patientin ad exitum.

Der Obduktionsbefund des hiesigen pathologischen Institutes lautete: Multiple subseröse Uterusmyome, faustgroßes, das Lumen des stark vergrößerten Uterus ganz ausfüllendes, submuköses Myom, oberflächliche Ulzerationen an diesem Myom. Hochgradige Hydrosalpinx beiderseits mit derben, perisalpingitischen Adhäsionen. Schokoladencysten im Gebiet der linken Adnexe. Thrombose mehrerer parauteriner Venen und der linken Vena hypogastrica, frischer Embolus in einem Ast der Arteria pulmonalis des linken Unterlappens. Allgemeine Anämie, besonders des Herzens, der Leber, der Nieren. Eitrige, teils ulzeröse Tonsillitis. Ueber kirschgroßer Abszeß im linken Sinus piriformis mit phlegmonöser Auflockerung der linken aryepiglottischen Falte. Schwere Laryngitis, Tracheobronchitis, kleine bronchopneumonische Herde in beiden Unterlappen. Septische Milz, trübe Schwellung von Leber und Nieren. Cor adiposum. Starke allgemeine Fettleibigkeit, Dilatation aller Herzhöhlen, Oedeme an beiden Beinen, geringe Ergüsse in beiden Pleurahöhlen, alte pleuritische Adhäsionen. Struma nodosa colloidales. Geringgradige Atherosklerose der Aorta. Walnußgroße Nierencyste links.

Fall 16: Frau L. R., 49 Jahre alt, K.Gesch. 1927 Bd. V Nr. 658. Exstirpation des Uterus wegen Myoms.

Große Frau in mäßigem Ernährungszustande mit ge-

ringem Fettpolster und kräftigem Knochenbau im Alter von 49 Jahren. Der Termin der luischen Infektion ist unbekannt, ebenso, ob Patientin früher einer antiluischen Kur unterzogen worden war. Die Periode war stets regelmäßig, in letzter Zeit war die Periode schwächer als früher. Seit Jahren fühlte Patientin einen harten Knoten im Leib, oberhalb der Symphyse, der ihr aber keine Beschwerden machte.

Die Untersuchung der Thoraxorgane ergab an der Lunge keine Besonderheiten, am Herzen einen etwas akzentuierten, zweiten Pulmonalton. Die Reflexe waren beiderseits unauslösbar. Im Abdomen fühlte man einen kugeligen, derben beweglichen Tumor, der aus dem kleinen Becken hervorging und mit seiner oberen Begrenzung bis zum Nabel reichte. Es wurde die Diagnose Myom gestellt. Die vor der Operation angestellten serologischen Untersuchungen nach Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke waren positiv. Die Exstirpation des Uterus wurde im Dämmerschlaf und Sacralanaesthesie ausgeführt.

Operationsbericht: Medianer Längsschnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle Luxation des myomatösen Uterus vor die Bauchwand. Der Uterus trägt an seinem Fundus einen etwa kokosnußgroßen, subserösen Myomknoten. Die Exstirpation erfolgt in typischer Weise nach Doyen. Beide Adnexe bleiben zurück. Der Blutverlust ist gering. Das Wundbett wird fortlaufend peritonisiert und die Bauchdecken in Schichten geschlossen. Die Operation dauerte 58 Minuten, das Peritoneum war 49 Minuten geöffnet. Nach 10 Tagen war die Wunde per primam geheilt.

Fall 17: Frau K. St., 66 Jahre alt, K.Gesch. 1926 Bd. V Nr. 789. Probeexcision bei Verdacht auf Portio-Ca.

66jährige, kleine Frau in schlechtem Ernährungszustand von mittelkräftigem Knochenbau. Muskulatur und Fettpolster mäßig entwickelt. Patientin hat seit einiger Zeit eine Gewichtsabnahme festgestellt und klagt über weißlich-gelben Ausfluß, der vor einigen Tagen mit Blut gemengt war. Bei der Untersuchung der Thoraxorgane finden wir über beiden Lungen etwas tympanitischen Klopfschall und bronchitische Geräusche. Der Thorax ist mäßig gewölbt und etwas starr. Am Cor finden sich leicht akzentuierte Töne bei regelmäßiger Aktion. Am rechten Unterbauch besteht starke Druckempfindlichkeit und dauernde, ziehende Schmerzen.

Gynäkologischer Befund: Atrophisches, äußeres Genitale. Scheidenrohr ziemlich eng. Beide Muttermundslippen erodiert, die hintere vor allen Dingen auf Malignität verdächtig. Bei der Berührung blutet die Portio. Wegen des Ca-Verdactes wird eine Probeexcision gemacft. Die serologische Reaktion war für Lues positiv. Der Infektionstermin war nicht festzustellen. Eine Luesbehandlung war noch nicht vorgenommen worden.

Operationsbericht: Nach gründlicher Desinfektion der äußeren und inneren Genitale wird die Portio eingestellt und durch einige Scherenschläge aus dem sehr derben Gewebe hinreichend Material für die mikroskopische Untersuchung gewonnen. Tamponade der Vagina. Die Probeexzision wurde im Dämmerschlaf ausgeführt. Gleichzeitig wurden noch 14 gr Aether und 1 gr Chloroform gegeben. Nach vier Tagen wird, da in den Präparaten der ersten Probeexcision kein Anhalt für Ca gefunden wird, ein großes, keilförmiges Stück aus der hinteren Muttermundslippe excidiert. Fünf Tage danach treten plötzlich abends starke Schmerzen im linken Oberschenkel mit Schwellung ein. Temperaturanstieg bis zu 38°, starke Druckschmerzhaftigkeit der Vena femoralis unter dem Ligamentum inguinale. Hochlagerung des Beines, Umschläge mit Essigsaurer Tonerde. Die Maße des Beinumfanges im oberen Drittel des Unterschenkels ergaben links 34, rechts 31 cm, im oberen Drittel des Oberschenkels links 48, rechts 44 cm. Die Thrombose ist nach sechs Wochen langsam abgeklungen. Die mikroskopische Untersuchung des Materials der zweiten Probeexcision ergab keinen Anhalt für Carcinom.

Ergebnis.

Es wird über 17 luische Patientinnen berichtet, bei denen gynäkologische Operationen aller Art durchgeführt worden sind. 15mal war die Wassermannsche Reaktion zur Zeit der Operation positiv. Zweimal war sie, infolge vorausgegangener antiluischer Behandlung negativ. Die Operationswunden heilten zehnmal per primam, fünfmal per sekundam, indeß ist diese Häufung sekundärer Wundheilungen nicht etwa durch luische Veränderungen bedingt, da es sich oft um Operationen mit eitrigen Adnexprozessen gehandelt hat. Von den 17 luischen Patientinnen hatten zwei Thrombosen = 11,7%. Eine dieser Patientinnen erlag post operationem einer Embolie. Philipp fand in der Berliner Klinik einen höheren Prozentsatz (16,7%) von Thromboseerkrankungen bei luischen Patientinnen post operationem. Eine andere Patientin ging kurz nach der Operation an Herzschwäche zugrunde. Bei der Obduktion fand sich ein kinderfaustgroßes Lebergumma, ferner eine Aortitis luica, sowie luische Nierenveränderungen. Aus den beiden geschilderten Todesfällen luischer (Wa R +) Frauen nach operativen gynäkologischen Eingriffen ist ersichtlich, daß man bei syphilitischen Frauen unter Umständen nach operativen Eingriffen mit lebensbedrohlichen Komplikationen zu rechnen hat.

Literatur.

1. E. Philipp und W. Richter, Bedeutung der Lues für die Gynäkologie. Zbl. f. Gyn. 1933 Nr. 33. Danach zitiert: Gellhorn.
2. C. Benda, Handbuch d. spez. path. Anat. und Histol. von F. Henke und O. Lubarsch. Danach zitiert: v. Biesiadecki S. 866, Lang S. 866, Hoffmann S. 869.
3. L. Hauck, Blutveränderung bei Syphilis. Aus: J. Jadasohn, Handb. d. Haut- u. Geschl.-Krh. Danach zitiert: Taterka und Rueda S. 142.
4. A. Schick, Zur Kenntnis der luischen Thrombophlebitis. Med. Klinik 1933 Nr. 4.
5. O. Hayek, Ueber unsere Erfahrungen mit der Eigenblutinfusion bei 129 Fällen von Tubenruptur in den letzten acht Jahren. Med. Klinik 1934 Nr. 19.

Herrn Privatdozent Dr. H. O. Kleine danke ich für die Ueberlassung des Themas und für die wertvollen Anregungen bei Ausführung der Arbeit.

Lebenslauf.

Am 28. Juli 1908 wurde ich, Franz Grieger, als Sohn des Revierförsters Berthold Grieger und seiner Ehefrau Elli geb. Weiland in Berlin geboren. Die Reifeprüfung bestand ich am Staatlichen Gymnasium zu Bad Freienwalde (Oder). Ich studierte Medizin an den Universitäten Marburg (Lahn), Rostock und Heidelberg. In Rostock bestand ich die ärztliche Vorprüfung am 3. März 1932 und in Heidelberg das Staatsexamen am 30. Oktober 1934.